FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 23 décembre 1903, à 1 heure.

PAR

Marcel REULOS

Externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance publique

Considérations sur le traitement d'urgence des déchirures du périnée

Président : M. TILLAUX, *professeur*
Juges : MM. TUFFIER, *professeur*
WALTHER et MAUCLAIRE, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
H. JOUVE
15, rue Racine, 15
—
1903

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. / BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	HAYEM. / DIEULAFOY. / DEBOVE. / LANDOUZY.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et sypilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	TERRIER. / DUPLAY. / LE DENTU. / TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. / PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	GOSSET	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOUGET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.).	GUIART	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	HARTMANN	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	JEANSELME	REMY	WALTHER
CUNEO	LANGLOIS	RENON	WIDAL
DEMELIN	LAUNOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LEGRY	RIEFFEL (chef. des travaux anat.)	
DUPRE			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR REULOS

Considérations sur le traitement d'urgence des déchirures du périnée

AVANT-PROPOS

Le travail que nous proposons aujourd'hui comme sujet de thèse inaugurale, n'a dans notre esprit, d'autre prétention que celle d'être utile aux médecins, surtout à ceux de la campagne.

Ces modestes praticiens n'ont pas, comme ceux de la ville, le bénéfice et l'avantage de pouvoir recourir immédiatement aux lumières des Maîtres ; tous n'ont pas eu, dans le cours de leurs études médicales, l'occasion ou la possibilité d'opérer eux-mêmes, de *se faire la main*, et se trouvent, par conséquent, dès leurs premières armes, dans un état d'infériorité manifeste par rapport à leurs confrères privilégiés, anciens internes ou autres, qui ont pu,

grâce à la bienveillance de leurs maîtres, avant de s'installer, mettre en pratique les leçons théoriques à eux enseignées et faire par avance, les opérations de la clientèle courante.

Ils ne sont pas responsables d'une faute qui incombe tout entière à l'organisation de l'enseignement médical. Ce procès serait facile à faire mais nous n'en avons ici ni le loisir ni la volonté. Peut-être un jour nous occuperons-nous de cette question.

Aujourd'hui, nous voulons seulement nous borner à parler d'un de ces accidents que l'on peut appeler journaliers, tellement ils sont fréquents, et que tout jeune médecin peut rencontrer dès le lendemain de son installation. Nous voulons parler de la déchirure ou rupture du périnée consécutive à l'accouchement, et de la conduite à tenir en pareil cas.

Cette question d'un intérêt immédiat a fait l'objet de travaux, entre autres de communications importantes à la Société d'obstétrique et de gynécologie.

Nous aurons l'occasion de reproduire ces discussions dans le cours de ce travail. La fréquence de ces déchirures et l'impérieuse nécessité dans laquelle se trouve le médecin de faire *quelque chose* pour éviter une infirmité à sa cliente, quand ce n'est pas la mort par infection, explique d'une façon suffisante l'importance que nos maîtres et nos prédécesseurs dans

la carrière ont attachée à résoudre la question et à en formuler la pratique.

Le sujet n'est donc pas nouveau ; mais ce qui nous a donné l'idée de nous en occuper après tant d'autres, c'est que plus favorisé que beaucoup de nos devanciers, nous avons eu l'occasion d'observer, dans des remplacements que nous avons faits, plusieurs cas qui ont guéri par des moyens diamétralement opposés tels que l'intervention immédiate d'une part et d'autre part l'abstention de tout traitement chirurgical. Nous avons pu, ainsi nous créer une opinion de laquelle nous ne nous départirons pas et que nous formulerons plus loin, persuadé, d'après les résultats que nous avons constamment obtenus que nous sommes dans le vrai.

Puissions-nous rendre service aux confrères qui voudrons bien nous imiter. La simplicité des procédés que nous conseillons et des règles que nous proposons pour le choix de la conduite à tenir nous fait espérer de leur part un accueil bienveillant.

Mais avant d'entrer dans notre sujet qu'il nous soit permis d'adresser à tous nos maîtres l'expression de notre vive et respectueuse gratitude pour les conseils éclairés qu'ils ont bien voulu nous prodiguer, la bienveillance dont ils nous ont toujours entouré et la grande part qu'ils ont prise à nos modestes succès.

Que M. le professeur Tillaux veuille bien accepter tous nos remerciements, pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider notre thèse.

Nous prions M. le Dr Duguet de croire à notre profonde gratitude.

Que MM. les Drs Caussade, Legry, Brocq, Cuffer, Monod, médecins et chirurgiens des hôpitaux dont nous fûmes l'externe veuillent bien croire à toute notre reconnaissance et penser que jamais nous n'oublierons les bons préceptes de la saine clinique qu'ils nous ont enseignés.

Nous espérons que M. le professeur Budin voudra bien accepter ici, un faible gage de notre profonde reconnaissance ; les quelques mois que nous avons passés dans son service ont été trop courts pour pouvoir mettre à profit ses magistrales leçons.

Nous voulons ici donner encore une preuve de notre reconnaissance au Dr Auclair, médecin des hôpitaux, qui, dans maintes circonstances, nous a donné des marques d'amitié.

CHAPITRE I

Anatomie du périnée chez la femme.

Il nous semble indispensable de faire l'anatomie du périnée chez la femme. Ne serait-ce que pour remémorer à ceux qui pourraient l'avoir oubliée, la disposition des différents plans musculaires qui jouent un si grand rôle dans la question qui nous occupe. Cet exposé sera forcément un résumé. Nous renvoyons nos lecteurs aux auteurs classiques et en particulier à l'ouvrage remarquable de notre éminent président, M. le professeur Tillaux.

On donne le nom de périnée à l'ensemble des parties molles qui remplissent le détroit inférieur du bassin et, pour en faciliter la description, nous diviserons cette région en deux parties séparées l'une de l'autre par la ligne bi-eschiatique : la région périnéale antérieure et la région périnéale postérieure.

La région périnéale antérieure présente comme limites : les branches ischio-pubiennes en avant et sur les côtés et la ligne bi-ischiatique en arrière.

Les couches de cette région sont les suivantes :

1° La peau et le tissu sous-cutané ;

2° Au-dessous de la peau, on trouve l'aponévrose périnéale inférieure ou superficielle.

3° Plus profondément on rencontre une couche musculaire. Cette couche est constituée de chaque côté de la ligne médiane par trois muscles qui limitent un triangle. La *transverse du périnée* forme le bord postérieur, *l'ischio-clitoridien* forme le côté externe, et le *constricteur du vagin*, le côté interne. On trouve aussi dans cette couche la glande vulvo-vaginale.

4° Plus profondément encore, on voit l'aponévrose moyenne qui se continue avec l'inférieure en arrière du transverse. On ne peut pas, comme chez l'homme, reconnaître deux feuillets dans cette aponévrose, ni les fibres musculaires du muscle de Guthrie qui manque ici.

5° Encore plus profondément, nous trouvons le releveur de l'anus ;

6° A la face supérieure des muscles releveurs de l'anus existe l'aponévrose supérieure ou profonde ;

7° Enfin on trouve le tissu cellulaire sous-péritonéal et le péritoine.

Les fibres du muscle constricteur du vagin constituent l'anneau vulvaire ; c'est ce muscle qui est le plus souvent déchiré pendant l'accouchement.

La région périnéale postérieure ou anale comprend

toute la portion du périnée située en arrière de la ligne bi-ischiatique. Elle est limitée en avant par cette ligne, sur les côtés par le bord inférieur ou grand fessier, en arrière, par le coccyx. Nous trouvons au milieu de cette région l'anus et le rectum. Elle présente plusieurs couches successives qui sont :

1° La peau, avec ses nombreuses glandes qui font que cette région est toujours humide ;

2° La couche sous-cutanée ;

3° Une couche musculaire dans laquelle on trouve au milieu le muscle sphincter externe et sur les côtés le releveur de l'anus et l'ischio-coccygien.

Le muscle sphincter externe est situé dans la région anale, autour de l'extrémité inférieure qu'il embrasse.

Il s'insère en arrière sur une ligne fibreuse étendue de la pointe du coccyx. Parties de ce point, ses fibres décrivent des courbes autour de l'extrémité du rectum et vont s'insérer, en avant, sur une intersection fibreuse qui est commune au sphincter, aux transverses et au bullo-caverneux. Quelques fibres se fixent aussi à la face profonde de la peau de cette région.

Ce muscle s'entrecroise avec la fibre du releveur de l'anus et avec quelques fibres longitudinales du rectum. Sa face externe est en rapport avec le tissu cellulo-graisseux de la fosse ischio-rectale. Sa face interne est en rapport avec le rectum et le sphincter interne qu'elle déborde, vers son bord inférieur, de 4 à 5 millimètres.

Il sert par sa tonicité à maintenir l'occlusion de l'anus ; par ses contractions, au moment de la défécation, il divise les matières fécales. Enfin il se contracte pour fournir un point d'appui au muscle sous-jacent.

Sur les côtés de ce muscle, après avoir enlevé le tissu cellulo-graisseux abondant qui s'y trouve, on rencontre le releveur de l'anus et l'ischio-coccygien.

Les artères du périnée viennent de la honteuse interne, branche de terminaison de l'hypogastrique. Dans son trajet elle donne plusieurs branches, *l'hémorrhoïdale inférieure* l'artère périnéale superficielle et l'artère bulbeuse ou transverse du périnée.

Les veines sont nombreuses elles vont se jeter dans la honteuse interne ou dans les parois du rectum où elles forment l'origine de la veine porte.

Les nerfs sont fournis par le nerf honteux seul.

CHAPITRE II

Variétés et causes des déchirures du périnée

Au moment de l'accouchement, le périnée se convertit en une gouttière qui va se terminer à la vulve ; les plans nombreux et résistants qui forment le plancher du bassin, doivent céder peu à peu devant la tête du fœtus qui les refoule progressivement jusqu'à ce que les voies soient suffisamment élargies. Mais, dans certains cas, le périnée semble doué d'une résistance si grande que la descente de la tête ne fait aucun progrès et l'on est souvent obligé de terminer l'accouchement par une application de forceps.

D'autres fois, cette résistance n' empêche pas l'accouchement de se terminer, mais le périnée, à cause même de cette résistance, devient cassant et se rompt.

Dans d'autres cas, enfin, l'accouchement peut se terminer facilement et seul, mais à cause de l'inhabilité de l'accoucheur ou de la sage-femme, le

périnée se rompt au moment du passage de la tête ou des épaules.

Il en résulte donc que, malgré la résistance du périnée, les contractions utérines continuent fortes et régulières, se révoltent contre l'obstacle, augmentent d'énergie et, dans les deux cas, le résultat sera le même, le périnée se rompra et s'il résiste, le fœtus succombera.

Occupons-nous du premier cas, c'est le seul qui nous intéresse. Ce ne sont pas les périnées les plus minces qui se rompent d'ordinaire ; ce sont les périnées épais, rigides, à tissus œdématiés qui cèdent le plus souvent. Pour éviter ces accidents, il est indispensable de mettre, en avant de la tête qui va sortir, la main, afin d'empêcher la tête de sortir brusquement, en boulet de canon. La sortie des épaules aussi est à craindre. C'est par le mode de traction ou plutôt d'extraction de ces épaules que la rupture se produit, toujours d'ailleurs lorsque, oubliant la direction de la filière pelvienne l'accoucheur ou la sage-femme tirent droit au lieu de tirer en haut et en avant pour opérer le dégagement du diamètre biacromial.

Toutes ces précautions doivent donc être prises pour prévenir la rupture du périnée au moment de la fin du travail ; mais soit que la femme accouche seule en cédant trop au besoin *de pousser*, soit que le périnée ait une rigidité exceptionnelle ou soit infiltré, cette rupture est encore très fréquente.

Cette rupture peut d'ailleurs se produire à trois degrés :

1° N'atteindre que la fourchette ;

2° Entamer le périnée plus ou moins, sans aller pourtant jusqu'à l'anus ;

3° S'étendre jusqu'à cet orifice et faire, par conséquent, de la vulve et de l'anus, une seule ouverture.

Nous ne parlerons que pour mémoire de la déchirure centrale dans laquelle la tête du fœtus apparaît entre la vulve et l'anus, comme à travers une fenêtre *œil de bœuf*. — Les trois premiers cas nous occupent surtout.

Dans le premier cas donc, qui est très commun surtout chez les primipares et, du reste, insignifiant, on n'a que quelques précautions antiseptiques à prescrire.

Dans le 2e degré et le 3e degré, il y a, disent la majorité des accoucheurs, lieu d'intervenir immédiatement. Nous, nous disons que ce n'est pas absolument nécessaire ; nous discutons la chose plus loin. Ce n'est pas ici le moment de discuter cette question.

La plus grave de ces complications est certainement celle ou le sphincter est rompu. Le cloaque immense qui en résulte, et l'incontinence des matières constituent comme nous le dirons plus loin également une véritable infirmité.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle).

Mme B..., primipare, 37 ans. L'examen a démontré que le fœtus est en présentation de l'extrémité céphalique fléchie, en position droite variété-postérieure.

L'accouchement fut extrêmement laborieux, le bassin était normal mais la vulve très étroite. La tête en arrivant au plancher périnéal fit bomber fortement celui-ci qui, malgré des contractions relativement modérées, se rompt entre la fourchette et l'anus, ce qui provoque une déchirure centrale.

Les bruits du cœur s'amoindrissant, nous réunîmes, d'un coup de ciseaux, la fourchette à la déchirure en haut, et nous pratiquâmes une application de forceps. Malgré de grandes précautions la déchirure s'agrandit au passage des épaules. L'enfant vint en état de mort apparente, mais après un quart d'heure il fut ramené.

L'examen de la région périnéale nous fit apercevoir une vaste brèche intéressant le périnée tout entier avec propagation sur la cloison recto-vaginale, sur une étendue de 4 centimètres de hauteur.

Devant une déchirure de cette importance et malgré l'état de la malade, nous nous préparâmes à faire une périnéorrhaphie d'urgence.

Une désinfection minutieuse de la région fut pratiquée et nous excisâmes toutes les parties du tissu qui auraient pu être le siège de sphacèle.

La malade fut endormie au chloroforme.

Nous fîmes un surjet au catgut intéressant la paroi rectale sans toucher à la muqueuse. Les sutures profondes prenaient le périnée en masse en bas, en passant au ras du surjet rectal.

Comme pansement, un tamponnement stérilisé fut fait après que les surfaces eurent été touchées avec une solution phéniquée forte.

La malade fut constipée avec 0.05 centigr., d'opium que l'on donna plusieurs fois. Les jambes furent attachées et pliées.

Le lendemain, la température, à 8 h. du matin était de 37°9; le soir à 7 h. de 38°5. Le pouls rapide, langue sèche. La malade a soif et se plaint de douleurs au niveau de la plaie.

Le pansement est défait. La plaie est lavée à l'eau oxygénée : on constate de la rougeur et de la tuméfaction.

Le lendemain, la température s'élève encore : elle atteint 59°7. Les douleurs sont devenus intolérables, il y a de l'agitation ; le soir la température atteint 40°.

Nous décidons, après examen, d'ouvrir la plaie qui a dû s'infecter et après un grand lavage, nous enlevons tous les fils de suture.

La plaie présente le même aspect qu'après l'accouchement. Irrigation à l'eau oxygénée, suivie d'une irrigation à l'eau bouillie.

Le vagin est tamponné à la gaze iodoformée fraîche. Egalement un tampon de la même gaze est introduit dans le rectum.

La fièvre tombe dès le lendemain. Le pansement est enlevé tous les jours, changé après des lavages à l'eau oxygénée et bouillie.

Les jambes sont maintenues réunies et relevées.

Au bout de 29 jours, la cicatrisation est complète avec un léger chevauchement, mais la cloison vagino-rectale est affrontée.

Le sphincter est suffisamment résistant; nous nous en rendons compte par le toucher rectal et par les signes fonctionnels.

OBSERVATION II

Mme J..., 29 ans, enceinte pour la quatrième fois. A toujours été jusqu'à présent accouchée par nous, et chaque fois d'une façon artificielle (2 applications de forceps, et une version). Elle a du reste, un léger rétrécissement du diamètre antéro-postérieur du bassin. Bonne santé habituelle d'ailleurs.

Cette quatrième grossesse n'a pu être suivie par nous. La malade, pour être agréable à une jeune fille de son pays qui venait de passer son dernier examen de sage-femme, avait décidé de se faire accoucher par elle et s'était bien gardée de nous faire part de sa situation.

Ce n'est qu'après le commencement du travail, alors que la sage-femme se voyait dans l'impossibilité de terminer l'accouchement que l'on décida de venir nous chercher.

Nous arrivâmes à 2 h., du matin, le 7 juillet 1902, et nous trouvâmes une parturiente avec une tête fortement engagée, le fœtus en position droite variété-postérieure. La dilatation était égale à une grande paume de main. La poche des eaux était rompue. La malade paraissant épuisée nous décidâmes de faire une application de forceps. Cette éventualité n'était pas pour nous étonner, notre cliente n'ayant jamais pu, nous l'avons déjà dit, être accouchée naturellement. Cette fois, cependant l'accouchement aurait pu se terminer spontanément, l'engagement étant complet au moment où nous l'examinons. L'état général fatigué, épuisé de notre cliente nous détermina donc seul.

L'application ne présenta aucune difficulté, et lorsque la tête eut été extraite, nous enlevâmes le forceps et par imprudence confiâmes à la sage-femme le soin de terminer l'accouchement.

Nous étions dans une pièce voisine lorsque nous entendîmes un cri épouvantable. La sage-femme avait saisi la tête du fœtus et ayant tiré *droit* sans se préoccuper des épaules, le périnée fut déchiré dans une proportion dont nous ne pûmes immédiatement nous rendre compte.

Le fœtus enlevé, la délivrance faite, nous procédâmes à un

grand lavage et nous pûmes alors constater l'étendue du dégât.

Le périnée était rompu dans toute sa hauteur. La cloison recto-vaginale n'existait plus ; la déchirure se prolongeait à 6 centimètres.

Nous nous préparions à faire une opération lorsque la malade nous signifia qu'elle ne voulait pas entendre parler d'opération, surtout en ce moment où elle attendait sa famille.

Malgré nos observations, malgré la description que nous lui fîmes des accidents qui pouvaient survenir et des inconvénients multiples dont elle aurait à souffrir, rien ne put la décider, et nous fûmes obligé de nous contenter de lui faire, pendant tout le cours des suites de couches, des lavages et des tamponnements à la gaze iodoformée.

Les suites de couches furent normales. A part les accidents dus à la rupture du sphincter la malade ne se plaignit jamais de rien. Il n'y eut jamais d'élévation de la température.

Au bout de 15 jours, la malade demanda à se lever. Comme rien ne s'y opposait, l'état général étant des plus satisfaisants nous le lui permîmes, après lui avoir conseillé de se garnir. Il est inutile de décrire l'état de malpropreté dans lequel elle se trouvait chaque soir en se couchant. Les précautions antiseptiques que nous prenions dès les premiers jours furent bientôt délaissées comme nous l'avons appris plus tard. La malade se contentait de se laver avec de l'eau tiède, non bouillie, et prenait un grand bain simple tous les deux jours.

Au commencement du mois d'août, nous fûmes obligé de partir de Paris, avec la promesse qu'à notre retour, en octobre, l'opération serait faite.

Le 6 octobre, nous nous rendîmes chez notre malade, anxieux, nous l'avouons, de savoir ce qui s'était passé et où en était la déchirure.

La malade avait continué à se salir pendant tout le cours du mois d'août. A cette époque et progressivement, la malade s'aperçut qu'elle était, le soir, de moins en moins sale, et il lui semblait qu'elle pouvait un peu retenir les matières chaque fois qu'elle s'y appliquait. Son sphincter répondait à sa volonté. Cet état continua. Le 20 septembre, pour la première fois, elle constata qu'elle ne s'était pas salie. Plusieurs fois, dans la journée, elle avait contracté son sphincter et retenu les matières au moment où elles allaient s'échapper. Il y avait donc réparation du muscle. De plus, il lui semblait qu'elle se salissait moins par devant. La cloison recto-vaginale devait donc également se réparer en même temps que le muscle sphincter.

A notre examen, nous constatâmes qu'en effet le cloaque n'existait plus. Un léger suintement que nous aperçûmes par le vagin indiquait qu'il existait encore une légère ouverture de la cloison. Le doigt introduit avec précaution dans le rectum nous permit de constater que le sphincter se contractait et même avec une force qui nous étonna.

Nous fûmes assez mal reçus par la malade lorsque nous lui proposâmes de réparer la fistule recto-vaginale. Elle nous fit une réponse qu'elle croyait très logique : « Puisque la grande déchirure avait guéri seule, pourquoi la petite ne guérirait-elle pas ? »

Et, en effet, elle guérit à notre grand étonnement.

Du reste tout ce qui s'était passé depuis l'accident était bizarre. L'étendue de la déchirure, le manque de soins anti-

septiques, la réparation et la cicatrisation spontanées, tout, nous le répétons, ne pouvait manquer de nous surprendre et cependant il fallait bien se rendre à l'évidence.

Comme toujours, les cicatrices furent solides. La malade qui avait un périnée peu esthétique put redevenir enceinte et 14 mois après nous l'accouchâmes *pour la cinquième fois* et *pour la cinquième fois* d'une façon artificielle. Nous lui fîmes une version par manœuvres internes.

La malade, à l'heure actuelle, va très bien et ne souffre d'aucun accident.

OBSERVATION III

Anaïs P..., femme d'un employé de la Monnaie, accouche en 1901 pour la troisième fois. Les deux premiers accouchements se sont effectués sans aucune complication. Pas d'accidents durant la grossesse, pas de troubles au moment de l'accouchement.

Cette troisième grossesse n'a présenté aucun caractère anormal, mais au moment de l'expulsion du fœtus, la sortie de la tête et des épaules se fit si brusquement que nous n'eûmes pas le temps d'arrêter la tête et d'apporter une digue protectrice au périnée au moment de la sortie des épaules. Le résultat fut que le périnée fut déchiré dans toute sa partie antérieure, sans toutefois que cette déchirure intéressât le sphincter.

Notre premier soin fut de bien nous rendre compte de l'importance du traumatisme et aussitôt nous nous décidâmes à intervenir.

Après avoir donné une injection au sublimé, bien nettoyé la plaie, nous fîmes un point de suture profonde à la soie, seul fil que nous ayons à notre disposition à ce moment. Superficiellement nous posâmes deux fils de soie et nous appliquâmes un tampon de gaze iodoformée.

Le lendemain, la malade nous dit avoir souffert, et comme nous nous disposions à examiner la plaie nous trouvâmes un des fils superficiels qui, ayant coupé les tissus, était tombé sur le pansement. Le deuxième fil se trouvait presque détaché, nous l'enlevâmes comme le troisième fil, c'est-à-dire celui qui nous avait servi à faire la ligature profonde, car il nous paraissait devoir couper également les tissus. Nous n'hésitâmes pas à le faire disparaître.

Mais nous ne pûmes faire immédiatement une nouvelle suture. Nous n'y étions du reste guère disposé ayant toujours appris que ces réunions devaient se faire immédiatement, le jour même de l'accouchement ou alors tardivement.

Nous attachâmes les jambes après avoir détergé, lavé et aseptisé la plaie et nous remîmes au lendemain le soin de prendre une décision ferme.

Le lendemain nous procédâmes à l'injection quotidienne ; mais nous ne visitâmes pas la place. Ce n'est que le surlendemain, qu'ayant dressé les jambes et écarté les cuisses nous aperçûmes une plaie rosée de très bonne apparence. Les deux lèvres de la déchirure étaient rouges, mais sans inflammation. Nous abandonnâmes complètement l'idée de

recoudre et nous nous contentâmes du pansement habituel, lavage et tampon de gaze iodoformée.

Bien nous en prit. Chaque jour, nous pûmes constater que la déchirure se comblait et que la place tendait à perdre sa profondeur.

Au bout du douzième jour, en effet, la déchirure avait disparu. A sa place existait une cicatrice blanchâtre, située sur le raphé médian. La malade n'avait jamais eu de fièvre et elle put se lever presque aussi vite que si elle n'avait pas eu ce léger accident.

OBSERVATION IV

Mme C.., 24 ans, primipare, se présente à la consultation du docteur que nous remplaçions et se plaint de pesanteur extrême sur le fondement. Il lui semble, dit-elle, qu'elle va accoucher mais n'éprouve aucune douleur bien que la sensation de pesanteur existe depuis plus de 15 jours.

Nous l'examinons et nous constatons un sommet fortement engagé et appuyant fortement sur le périnée. Mme C... était primipare, enceinte de 8 mois 1/2 environ.

Cet engagement *complet* n'avait donc rien d'extraordinaire, mais ce qui l'était davantage c'était cette impotence fonctionnelle exagérée que lui occasionnait cette tête appuyant sur le périnée.

Après l'avoir rassurée et lui avoir dit qu'elle ne présen-

tait rien d'anormal, nous lui conseillâmes de se mettre au lit, ce qui serait un moyen d'éviter cette sensation de pesanteur. Elle suivit notre conseil et le lendemain nous fit demander pour nous dire qu'en effet elle n'éprouvait plus la sensation désagréable dont elle nous avait parlé la veille.

A l'examen, nous trouvâmes la tête presque à la vulve, tête petite, dure. Notre cliente étant presque à terme, nous la décidâmes, assez facilement d'ailleurs, tellement était grande sa crainte d'éprouver les mêmes malaises, de ne pas se lever avant son accouchement. Celui-ci arriva plus tôt que nous le pensions.

Un matin, elle se réveilla avec des douleurs assez vives dans le ventre. Ignorante des douleurs de l'enfantement et ne s'attendant pas du reste à accoucher ce jour-là, elle crut à une douleur d'intestins et se disposa à aller aux cabinets. En se baissant pour prendre une de ses pantoufles qui était sous le lit, elle fit un effort, qui, coïncidant avec une douleur, fit partir son fœtus comme un boulet de canon et elle accoucha sur son tapis. Le fœtus gisait par terre, lorsqu'elle eut la force d'appeler.

On nous fit chercher en toute hâte. Le fœtus était toujours à terre, la délivrance n'était pas faite. La domestique effrayée, n'avait pu donner aucun soin et son premier mouvement avait été de venir nous chercher.

Aidé par elle, nous remontâmes la parturiente dans son lit après avoir coupé le cordon. La délivrance ne se faisait toujours pas, et la malade perdait encore beaucoup de sang.

Voulant examiner pourquoi le placenta ne descendait pas, notre main pénétra tout entière dans un immense cloaque. La déchirure du périnée était complète. La cloison recto-

vaginale n'existait plus. Nous hâtâmes la délivrance et après un lavage sérieux et antiseptique au sublimé, nous pûmes nous rendre compte des dégâts causés par cette sortie brusque du corps du fœtus tout entier.

Le périnée était entièrement rompu comme nous l'avions pressenti au premier abord et le muscle sphincter était déchiré ne tenant plus que par quelques fibres. Les signes fonctionnels, nous en donnèrent plus tard la preuve, puisque dans les pansements ultérieurs nous trouvâmes presque toujours des matières que la femme avait laissé échapper sans le sentir.

Notre première idée fut de faire une périnéorraphie à cause des conditions dans lesquels l'accouchement s'était fait. Mais l'âge de la malade, sa santé florissante, sa bonne constitution d'une part, les exemples que nous avons eus précédemment de réparation spontanée, d'autre part, nous firent choisir l'expectation armée, c'est-à-dire l'attente avec soins minutieux. Nous étions prêt d'ailleurs à toute éventualité et bien déterminé à ne négliger ni nos soins, ni notre peine pour mener à bonne fin une expérience sur l'issue de laquelle d'ailleurs nous étions plein d'espoir.

Nous commençons par des pansements au sublimé à 0.50 pour mille. Chaque lavage était suivi de l'apposition d'un tampon de gaze iodoformée isolant le plus possible la plaie en avant, d'un deuxième tampon de gaze simple dans le rectum. Nous eûmes la précaution d'éviter les tampons tros gros qui auraient empêché l'accolement des surfaces.

Enfin nous fîmes comprendre à la malade l'utilité d'avoir les jambes et les cuisses fortement rapprochées et pour cela nous lui mîmes des entraves serrées. La malade était cons-

tipée avec à des pilules d'opium et n'urinait que par cathétérisme.

Ce pansement fut répété tous les jours pendant une semaine, au bout de laquelle nous eûmes la curiosité de voir de plus près les résultats obtenus. La malade fut mise dans la position obstétricale et avec beaucoup de précaution, nous écartâmes les cuisses plus que nous ne le faisions d'habitude.

Le résultat n'était pas merveilleux, la réparation n'avait pas fait de progrès et de plus la surface des plaies avait une teinte grisâtre qui n'était pas de bon augure.

Le moment n'était pas d'intervenir mais bien d'empêcher, par des moyens plus énergiques, une mortification des tissus qui paraissait possible.

Nous fîmes un nettoyage complet, puis nous touchâmes les parties cruantes et légèrement sanieuses avec de l'eau oxygénée et pour redonner un peu de vitalité à ces tissus nous les touchâmes au crayon de nitrate d'argent.

Les lendemain, l'aspect de la plaie ne s'était pas beaucoup modifié, mais ne s'était pas aggravé. Nouveau lavage à l'eau oxygénée et nouvel attouchement au nitrate d'argent. Chaque pansement comportant toujours l'isolement de la plaie mais non plus avec des tampons, mais bien avec de simples feuillets de gaze recouverts de taffetas imperméables et aseptisés afin de bien isoler la peau tout en maintenant accolées les surfaces.

Ces précautions et les pansements furent continués pendant 12 jours. La cautérisation au nitrate d'argent seule n'avait pas été continuée. Au bout de ces 12 jours la plaie était rosée, propre et l'on apercevait déjà du côté de la partie antérieure du sphincter des bourgeons charnus qui laissaient

prévoir une réparation prochaine. En effet, à partir de ce moment là, chaque jour il fut donné de constater que la plaie se rétrécissait. Les matières ne se voyaient plus dans les pansements et la malade nous dit qu'elle éprouvait le besoin d'aller à la selle. Nous la constipons derechef, voulant avant de lui permettre une évacuation, même avec lavement, être plus certain de la résistance de son sphincter.

Le vingtième jour après le premier pansement à l'eau oxygénée nous pûmes observer que la plaie n'était plus que superficielle. Le doigt introduit dans le vagin nous permit de constater que la cloison recto-vaginale était réparée, nous étions au vingt-huitième jour après l'accouchement.

Mais un paquet de matières dures que nous perçûmes au toucher nous fit craindre que cette cicatrice recto-vaginale fût endommagée et nous administrâmes nous-même un lavement émollient afin de ramollir ce bouchon dur. Ce ne fut pas sans peine. Ce ne fut qu'après 3 lavements à décoction de racine de guimauve chaude que nous pûmes avoir une débâcle qui ne parut pas d'ailleurs causer de dégâts nouveaux. Loin de là, la malade reprit tout à fait bonne mine. A partir de ce jour la réparation marcha très vite et le quarante-et-unième jour après l'accouchement, la malade put reprendre sa vie habituelle. La cloison recto-vaginale ne laissait plus rien à désirer comme solidité. Le périnée ne présentait plus rien en solution de continuité, et le sphincter, complètement réparé permettait à la malade de sentir le besoin de déféquer et de résister à ce besoin.

OBSERVATION V

L'observation que nous donnons maintenant prouve que tous les cas ne sont pas aussi heureux que ceux dont nous venons de parler. Peut-être faut-il en trouver une raison dans l'âge de la malade et dans son état de santé précaire.

Mme V..., commerçante, rue Tiquetonne, âgée de 38 ans, enceinte pour la cinquième fois. A toujours été souffrante, maladive, sans cependant faire de véritable maladie. Dans ces dernières années seulement, elle a eu des signes de tuberculose pulmonaire manifeste.

L'accouchement fait par une sage-femme fut assez pénible, mais se serait terminé sans malheur si la sage-femme avait connu son métier; comme dans notre observation II, elle ne sut pas retenir la tête et les épaules et il se fit une déchirure complète.

Nous nous décidâmes à l'expectation armée et, suivant les préceptes que nous avons donné, nous mîmes les tampons de gaze iodoformée et fîmes les lavages à l'eau oxygénée.

Malgré tous nos soins de tous les jours, nos précautions d'antisepsie les plus rigoureuses, au bout du soixante-deuxième jour nous n'avions obtenu qu'une toute petite réunion du côté de la fourchette, mais ni le périnée proprement dit, ni le sphincter ne s'étaient recollés. Nous faisons donc

une périnéorrhaphie avec le procédé d'Emmet et tout rentra dans l'ordre.

Reflexion. — Au sujet de cette opération nous ferons les remarques suivantes :

La réparation spontanée ne se fait pas toujours. Il peut y avoir des cas où, sous l'influence de la constitution de la femme, la réunion ne s'opère pas.

Il n'y a dans ces cas aucun inconvénient à attendre pour faire la réparation. Autrement dit, la périnéorrhaphie tardive ne présente aucun inconvénient.

CHAPITRE VI

Causes des réparations spontanées dans nos observations.

Ribemont-Dessaigne et Lepage s'expriment ainsi au sujet du traitement des déchirures vulvo-périnéales :

« Les plaies ne doivent pas être abandonnées à elles-mêmes. Elles créent des portes d'entrée pour les micro-organismes du dehors et se réunissent rarement par première intention, lorsque leurs bords ne sont pas immédiatement accolés. Lorsqu'elles se réunissent par seconde intention, il se forme à leur niveau du tissu de cicatrice qui est parfois douloureux et se prête mal à l'ampliation du périnée lors d'un nouvel accouchement ».

La suture de ces plaies est en effet un précepte que nul ne doit ignorer et que nous répétons avant d'expliquer pourquoi une plaie périnéale, même très étendue peut guérir seule et guérir sans tissu de cicatrice prêt à se déchirer à la moindre distension.

Pour que la plaie guérisse sans intervention, deux conditions sont indispensables :

1° Que les lèvres de la plaie soient accolées. Un simple rapprochement ne suffit pas.

2° Qu'il n'y ait pas d'infection ;

La première condition n'existe pas toujours dans les cas de grandes déchirures où les rapports normaux peuvent avoir disparu, c'est-à-dire que l'accolement ne se fait pas de lui-même. Mais lorsque la malade, les cuisses bien rapprochées, est tranquille et évite les grands mouvements ; lorsqu'un pansement bien fait, légèrement compressif, propre, a été posé ; lorsque l'on a pris soin d'isoler la plaie au moyen d'un tampon ou mieux d'un appareil dont nous parlerons plus loin ; lorsque toutes précautions auront été bien prises, on peut arriver à maintenir les lèvres de la plaie au même niveau et on doit obtenir leur soudure.

Si nous voulions nous en rapporter simplement à nos observations, nous pourrons dire que l'accolement parfait n'est pas indispensable. Dans notre observation II cet accolement n'a pas dû exister ; la femme a marché, a vaqué à ses occupations ; nous n'oserions prétendre même que l'asepsie a été parfaite puisque notre cliente a été livrée à elle-même et que les soins d'antisepsie ont dû être donnés d'une façon bien approximative et illusoire et cependant, malgré le dégât immense, la réparation spontanée s'est bien effectuée. Mais nous avons eu là affaire à un cas des plus favorables, tout à fait exceptionnel. Aussi ne pouvons-nous pas le donner comme exemple.

Nous maintenons qu'il doit y avoir attouchement des parties cruantes de la plaie pour que la cicatrisation se fasse sans complications. Que l'on se rapporte à nos autres observations sauf à la V^e^ où une intervention a été ultérieurement nécessaire et l'on verra que toujours nous avons apporté le plus grand soin à ce que les lèvres de la plaie se touchent. C'est à cette précaution que nous devons certainement nos succès.

Nous les devons aussi et nous disons, sans hésiter, surtout parce que toujours nous avons eu soin de bien remplir la deuxième condition que nous donnons plus haut comme précepte : éviter l'infection ou la conjurer dès qu'elle menace. Nos observations I et IV sont les preuves manifestes que cette condition de succès dépend exclusivement du médecin.

La plaie doit être traitée et surveillée comme une plaie de fracture compliquée de jambe et c'est parce que nous n'avons jamais perdu ce précepte de vue que nous avons pu obtenir nos réparations.

Dès que la plaie est produite elle doit être lavée et tamponnée avec grand soin dans la profondeur comme à la surface.

Ce qui rend l'infection particulièrement redoutable c'est la déchirure de la paroi rectale. Les microbes de l'extérieur peuvent être évités, chassés ou détruits par un lavage minutieux à l'eau bouillie ou sublimée et par un pansement aseptique consécutif. Les microbes venus du rectum, au contraire ont une porte

ouverte et ce qui est plus dangereux encore c'est que ces microbes sont pour la plupart des microbes anaérobies. Mais nous le répétons avec des soins appropriés, l'entrée dans la plaie de ces agents d'infection peut encore être évitée ainsi que les conséquences qui en découlent.

La malade doit immédiatement être constipée comme à la suite d'une intervention sur le rectum, extirpation, ablation d'hémorrhoïdes, fistules à l'anus etc... etc.

En lavant la plaie, le rectum devra être irrigué et débarrassé autant que possible des impuretés qu'il contient. Ensuite pour le rectum, comme pour la plaie, on fera un usage abondant d'eau oxygénée. L'emploi de ce corps est indispensable pour éviter l'infection et suffit la plupart du temps pour la détruire lorsqu'elle est reconnue à son début. Qu'on se rapporte à nos observations I et IV.

Le premier jour et les jours suivants, si besoin, un lavage sera fait à l'eau oxygénée. Il faudra éviter de laisser stagner l'eau oxygénée trop forte dans le rectum, aussi sera-t-il prudent de faire suivre d'un lavage à l'eau bouillie, ou même si l'on ne craint pas trop l'infection se contenter d'un simple attouchement comme nous l'avons pratiqué dans notre observation IV.

Cet emploi de l'eau oxygénée est d'un emploi courant dans les services de chirurgie, particulièrement lorsqu'il s'agit de plaies avoisinant le rectum. Souvent nous avons vu nos maîtres arrêter une infection

au début, à la suite d'opération d'hémorrhoïdes par l'usage d'eau oxygénée.

Dans le sujet qui nous occupe, nous prévenons, par l'eau oxygénée l'infection ou nous la faisons disparaître lorsque nous nous servons de cet antiseptique à la moindre menace d'infection.

Complétons ce chapitre qui est l'exposé de la méthode que nous préconisons en disant que l'isolement de la plaie, qui est une des conditions de succès, peut être plus facilement opéré au moyen d'une plaquette en métal ou en taffetas imperméable appliquée avec soin sur les faces de la plaie. Un instrument qui aurait la forme de l'abaisse-langue en charnière, que tout le monde connaît, pourrait être utilement employé. Il faudrait pour le rendre parfait qu'une vis de pression le complétât. Cette vis de pression aurait ce triple but d'être maintenue en place, d'exercer sur les lèvres de la plaie une légère compression et d'en faciliter l'accolement. Dans les cas que nous avons eu à soigner, nous n'avions pas cet instrument à notre disposition, c'est pour cela que nous nous sommes servi de tampons de gaze antiseptique ou de taffetas imperméable aseptisé, mais nous reconnaissons que l'instrument dont nous donnons une description sommaire aurait eu un avantage immense sur ceux dont nous nous sommes servi.

CHAPITRE V

Conduite à tenir en présence d'une déchirure du périnée.

Nous devons tout d'abord faire une distinction entre une déchirure récente et une déchirure ancienne. Ces dernières sont les seules qui devraient logiquement nous intéresser puisque, nous l'avons déjà dit, nous sommes partisan convaincu de l'attente, de *l'expectation armée* suivant l'expression courante. Mais il est bon néanmoins, lorsque, pour une raison de convenance momentanée, ou par crainte de complications tenant à l'impossibilité de remplir les conditions dont nous avons parlé dans le chapitre précédent, d'indiquer ce que l'on doit faire pour réparer une déchirure récente du périnée.

D'abord qu'est-ce qu'une déchirure récente ? Nous donnons ce nom à la déchirure qui VIENT d'être faite à la suite du passage des épaules ou même quelquefois, quoique plus rarement, de la tête. Nous croyons qu'il est préférable lorsqu'on ne voit pas

faire tardivement la réparation du périnée, d'opérer tout de suite cette déchirure la seule qui mérite le nom de récente, le jour même de l'accouchement et non le lendemain ou le surlendemain. L'importance que nous attachons à cette opération d'urgence, pourrions-nous dire, repose sur deux raisons qui nous semblent suffisantes pour la défendre. La première est que la malade qui est encore sous le coup du travail, *supportera* beaucoup mieux, quoique fatiguée, l'opération qui sera le plus souvent légère qu'elle ne *l'acceptera* le lendemain, et même surtout le surlendemain alors qu'elle redoutera de repasser par de nouvelles souffrances. L'émotion nouvelle que l'on créerait serait plus préjudiciable à sa santé que le surcroît de fatigue qu'on occasionnerait le premier jour. Voilà notre formule et la raison première de notre opinion.

La deuxième raison est qu'il a été constaté à maintes reprises que la réunion se fait moins bien, que la suppuration s'établit plus fréquemment lorsque la périnéorrhaphie est faite hors du premier jour. Nous savons, et nous croyons fermement que cette crainte avec les progrès de la chirurgie, les procédés antiseptiques employés maintenant, est peut-être illusoire. Nous savons également que la question débattue souvent à la Société d'obstétrique et de gynécologie aurait été plutôt tranchée dans le sens contraire à notre opinion. Nous sommes cependant influencé en voyant des maîtres éminents conserver la crainte dont nous parlons. Aussi formulerons-

nous notre opinion tout entière dans la phrase suivante :

On ne doit opérer qu'après la suite des couches, c'est-à-dire six semaines ou deux mois après l'accouchement et lorsqu'il y a urgence, l'opération doit être faite aussitôt après l'accouchement.

Quel sera le manuel opératoire ?

Reconstituer un périnée, après une déchirure ancienne est souvent une opération facile, parfois une opération compliquée qui demande une grande connaissance des procédés opératoires classiques et surtout une habitude des opérations gynécologiques. Tandis que, au contraire tout médecin doit et peut être à même de traiter la déchirure récente lorsqu'elle est partielle. Cette facilité ne nous fait pas changer d'opinion. Une opération simple peut avoir les conséquences les plus funestes lorsqu'elle est maladroitement faite ou faite dans des conditions insuffisamment propres. Voilà pourquoi nous préférons encore et quand même tenter la réparation spontanée.

Nous laissons volontairement de côté les déchirures partielles qui n'intéressent que la fourchette.

Nous nous refusons de nous servir, et de conseiller de se servir des anciens serre-fines ou d'intervenir lorsqu'il n'y a qu'un point à faire.

Dans le matériel d'un médecin accoucheur, à côté du forceps, doivent toujours exister une ou deux valves, des ciseaux, quelques pinces à forcipressurés, une pince à disséquer et surtout une aiguille d'Em-

met et une aiguille de Reverdin. Ces instruments suffisent dans la plupart des cas.

L'anesthésie générale n'est pas toujours nécessaire, mais elle est utile en général. Si l'on prévoit que l'opération ne doive pas se prolonger, le chlorure d'éthyle sera employé sans danger et avec avantage. Dans le cas contraire si l'intervention doit être plus longue, on se servira du chloroforme.

La situation à donner à la malade importe beaucoup. Il faut la mettre en travers du lit et faire tenir les jambes, les cuisses fléchies sur le bassin. Celui qui a fait quelques interventions sur le périnée sait bien que de cette situation dépend la facilité et aussi en partie la réussite de l'intervention.

En dehors de ces règles simples, l'opérateur ne doit penser qu'à une chose c'est à être propre. « L'infection de la plaie, disent Labadie-Lagrave et Legueu, qu'elle soit primitive ou secondaire aboutit à la désunion et à l'insuccès de l'opération ». Si les instruments ne sont pas stérilisés à l'autoclave, il faut les faire bouillir et les faire flamber à plusieurs reprises. Les cuvettes doivent toutes être flambées et il faut éviter, comme le font parfois certains praticiens, de se servir pour éponger de coton hydrophile non stérilisé et passé déjà par plusieurs mains. Le lavage des mains sera particulièrement soigné et une injection d'eau bouillie tiède sera faite pendant un temps assez long dans le vagin et sur le vulve.

On se trouve bien de toucher la vulve successivement avec des tampons imbibés d'alcool d'abord,

de sublimé ensuite. Par tous les moyens, il faut donc prévenir l'infection. A toutes ces précautions il faut ajouter de fréquents lavages du rectum avant l'intervention ; après quoi on constipera la malade.

Si nous insistons sur tous les préambules de l'opération, sur les soins de propreté, d'asepsie et d'antisepsie qui ne doivent être cessés pendant l'intervention et même sur le pansement consécutif qui doit être aussi aseptique et aussi occlusif qu'il est possible de le faire dans cette région, nous insisterons peu sur le détail de l'opération elle-même. Dans une intervention sur la déchirure *récente*, immédiatement après l'accouchement, il n'y a pas d'avivement à faire, il n'y a qu'à rétablir la continuité des parties telle qu'elle était auparavant, en profitant de l'avivement naturel constitué par la plaie, de quelque étendue qu'elle soit (Pozzi).

Par conséquent, il n'y a qu'à faire la réunion. Parfois, il peut être nécessaire de régulariser la perte de substance et d'exciser les parties destinées au sphincter (Monod et Vanwerts). Nous avons déjà dit ce que nous pensons des serre-fines que personne n'emploie plus aujourd'hui. Elles n'unissent que superficiellement les tissus et il est plus difficile de bien les appliquer que de faire des sutures.

Si la déchirure est partielle l'application des points de suture se fera sans aucune difficulté.

Mais si la déchirure est totale, les choses se compliquent beaucoup. Un aide est tout d'abord nécessaire pour donner le chloroforme et à la condition

encore que l'opérateur soit assez expérimenté pour opérer seul. Une personne doit tenir les cuisses de la malade très symétriquement relevées sur le bassin. Toutes ces conditions remplies, il est difficile d'opérer sans au moins un aide pour relever avec une valve, la paroi antérieure du vagin.

L'opération en elle-même est peu compliquée. Il est parfois nécessaire de pratiquer le dédoublement de la cloison vaginale.

Pour pratiquer une bonne périnéorrhaphie, qu'elle soit d'urgence d'ailleurs ou tardive, il faut avoir certaines connaissances anatomiques pour s'y reconnaître et reconstituer le vagin et le rectum.

Si l'on n'a à pratiquer, ni exerèse de tissus, ni dédoublement, l'opération est encore difficile et très digne d'un spécialiste, chirurgien ou gynécologue. La suture en masse peut être pratiquée et plus simple que toute autre méthode, la méthode d'Emmet donne de très bons résultats. S'il est facile de placer la plupart des crins ou fils d'argent et de prendre tous les tissus dans l'aiguille, il est très difficile de bien faire le dernier point, le postérieur qu'Emmet a qualifié de sous-sphinctérien. Il faut que l'aiguille pénètre en arrière aux extrémités du muscle pour les rapprocher l'un de l'autre. Et en même temps avec un doigt introduit dans l'anus, il faut s'assurer que l'anus n'est pas rétréci.

Dans les déchirures très étendues, on a intérêt a pratiquer la suture à plans séparés. Cette suture est difficile à pratiquer. Les fils rectaux qui doivent être

sous-muqueux et ne pas traverser le rectum sont surtout difficiles à placer.

Par conséquent que l'on fasse la suture en masse ou à plans séparés, l'intervention n'est pas à la portée de tout praticien. Elle nécessite davantage d'instruments, des aides pour l'anesthésie et pour l'opération elle-même et surtout des connaissances anatomiques et chirurgicales.

Si, bien faite, elle donne des résultats excellents, mal faite, cette opération peut amener deux sortes de complications. D'abord si l'infection se produit, les fils auront clos un espace où les germes venant du rectum cultiveront à l'aise.

Le médecin en face de la fièvre et de la douleur retirera alors les points de suture, mais il restera une plaie sale, difficile à nettoyer et qui ne se guérira pas.

En outre si le sphincter n'est pas bien reconstitué, la malade est vouée à l'incontinence des matières fécales, qui est une des plus tristes infirmités.

Il n'y a donc pas plus avantage à opérer une déchirure totale du périnée, lorsque le médecin ne s'y prête pas et que le praticien est isolé qu'à faire une suture de la rotule dans de mauvaises conditions.

Il n'est pas à dire pour cela qu'il ne faut pas suturer une déchirure totale du périnée, pas plus qu'il ne vient à l'esprit de rejeter la suture de la rotule faite par un chirurgien dans de bonnes conditions.

Ces diverses considérations que nous venons d'exposer peuvent s'appliquer à toute périnéorraphie

hâtive ou tardive. Mais cette dernière nécessite un manuel opératoire un peu plus compliqué.

La périnéorrhaphie tardive a pour but de restaurer les déchirures périnéales cicatrisées. Ici la régularisation des surfaces, comme nous l'indiquions plus haut, est remplacée par un avivement que l'on s'efforcera de faire symétrique et que l'on prolongera au-delà des limites de la déchirure, sans se préoccuper, du reste, d'en suivre les contours.

Comme dans toute périnéorrhaphie ou opération sur cette région, les soins préliminaires consisteront surtout à assurer la liberté de l'intestin, au moyen d'un purgatif administré l'avant-veille et d'un lavement la veille au soir.

Cet avivement peut se faire par deux procédés : ou bien en avivant en surface et par excision ou bien par dédoublement de tissus, c'est la méthode dite à lambeaux.

Voici la conduite que nous conseillons dans le cas où la réparation spontanée ne s'est pas faite et où l'on est obligé de faire une périnéorrhaphie.

Désinfection complète de la région, comme nous venons de le dire, puis examiner et se rendre un compte exact des dégâts commis au moment de la déchirure qui peut remonter à une époque plus ou moins éloignée.

Si la déchirure du périnée est complète sans que la cloison ait été très endommagée. On avivera en faisant une incision en H : la branche transversale suit le bord de la cloison et se recourbe un

peu en bas à ses extrémités pour atteindre les lignes verticales qui passent à l'union des grandes et des petites lèvres. On fait en sorte que les branches supérieures de l'incision contournent la vulve. Les branches inférieures se dirigent vers les extrémités divisées du sphincter qui sont situées transversalement de chaque côté de l'anus et se reconnaissent parfois à une légère fossette.

L'incision tracée, on entaille les tissus de façon à obtenir deux lambeaux. Le lambeau supérieur, entièrement muqueux, est obtenu par simple dédoublement de la cloison. Le lambeau inférieur, est prolongé sur les côtés, par une entaille profonde de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.

On rabat le lambeau supérieur en haut, tandis qu'on maintient tendu en bas le lambeau inférieur. Puis on incise latéralement et assez profondément pour que les extrémités du sphincter divisé puissent se mettre en contact parfait.

Ceci fait, avec une grande aiguille d'Emmet on passe un gros fil d'argent au niveau de l'arête de la cloison et on l'enfonce assez profondément pour que les deux masses charnues s'accolent. De gros crins sont ensuite passés dans l'épaisseur de la cloison et la partie supérieure du périnée se trouve constituée. Des crins plus petits réuniront les deux bords à vif de la languette supérieure qui demeurera intra-vaginale.

On passe ensuite de gros crins dans l'épaisseur du lambeau inférieur. C'est à ce moment là seule-

ment qu'il faut serrer les fils après avoir rapproché les cuisses ; les fils intra-vaginaux d'abord, puis les fils profonds du périnée. Le fil le plus inférieur doit être placé assez bas et assez en dehors pour accrocher les extrémités du sphincter en avant. Une fois que l'on se sera assuré de la coaptation des surfaces avivées par la ligature des fils profonds, on ajoutera de nouveaux fils de crins profonds et d'autres superficiels qui se soutiendront les uns des autres.

Si la déchirure est complète avec section profonde de la cloison, il a dû se former des brides cicatricielles qu'il faudra tout d'abord sectionner. On fera le dédoublement de la cloison et les incisions latérales devront être poussées beaucoup plus profondément, que dans le cas précédent, si l'on veut abaisser, sans trop de traction au niveau de l'anus, la lèvre inférieure du lambeau rectal qui doit en reconstituer l'hémi-circonférence antérieure. Le Pr Pozzi insiste particulièrement sur ce dernier point. Il faut se rappeler que dans ce cas, la tension des tissus est beaucoup plus considérable, et qu'il faut employer des fils d'argent et des crins beaucoup plus forts. Une bonne précaution recommandée est d'écraser des plombs perforés sur les extrémités des fils d'argent pour éviter qu'ils ne piquent la peau.

Nous ne pouvons pas clore ce rapide aperçu opératoire sans parler du procédé classique d'Emmet pour la réparation du périnée dans la déchirure complète.

Dans le procédé d'Emmet, on fait un avivement

par excision en forme de papillon. Le corps du papillon s'élève sur une hauteur plus ou moins grande de la cloison recto-vaginale, son axe antéro-postérieur correspondant à la ligne médiane.

Le bord antérieur des ailes monte plus ou moins haut, ordinairement jusqu'au quart inférieur des grandes lèvres : leur bord contourne la limite antérieure de l'anus ; les bords latéraux rejoignent les extrémités des deux premiers.

Les parties à aviver étant tendues par l'index et le médius d'un aide introduits dans l'anus et par des pinces fixées sur les parties latérales, on commence par tracer au bistouri les limites de l'avivement qui doivent dépasser celles de la cicatrice. On avive aux ciseaux courbes sur la partie moyenne, en détachant le tissu par longues bandelettes : pour cela, il faut encore avoir soin de ne pas trancher entièrement le pli formé par la pression des branches des ciseaux et de le reprendre toujours un peu plus avant après avoir entamé la section. Les ailes latérales sont ensuite avivées de la même manière, ou bien avec le bistouri, qu'on fait agir de la périphérie au centre.

Le premier fil, qui a le plus d'importance, est introduit à un centimètre en arrière de l'extrémité gauche du sphincter avivé et devenu transversal, chemine dans l'épaisseur des tissus en accrochant fortement la cloison au passage et suit de près le contour cicatriciel de l'anus pour ressortir du côté opposé, en un point symétrique.

Un certain nombre de fils sont introduits de la même façon, au-dessus du premier et à un centimètre de distance en décrivant une courbe à concavité inférieure (sauf le plus haut placé qui assure la fourchette), de façon à attirer les tissus vaginaux vers l'anus et à renforcer de la sorte le plan périnéal.

Les fils sont noués de bas en haut, en commençant par le premier placé, qui doit reconstituer le sphincter anal. Ce fil ne doit pas être trop serré de façon à permettre une issue facile aux gaz. On s'en assure en introduisant l'index dans le rectum après l'opération.

Nous ne dirons rien d'un autre procédé, celui d'Hégar qui est plus compliqué et moins sûr que celui d'Emmet, tout en étant classique.

Si nous avons un peu insisté sur le manuel opératoire de la périnéorrhaphie pour la réparation des déchirures anciennes c'est que ce cas peut se présenter ; notre observation V prouve qu'il est des cas où l'on est obligé d'en arriver à l'intervention. Mais ces cas, nous le répétons, sont rares, et nous conseillerons toujours l'expectation armée avec les précautions dont nous avons déjà longuement parlé. La périnéorrhaphie tardive sera toujours faite à temps lorsque l'on sera sûr que la réparation ne peut se faire toute seule.

Pour nous résumer : Lorsqu'un accouchement malheureux sera suivi d'une déchirure quelle que soit son étendue :

1° Tamponnement à la gaze iodoformée dans le vagin ;

2° Dans l'anus, un gros drain permettra l'issue des gaz;

3° Pansements aussi occlusifs que possibles, et tous les jours lavages à l'eau oxygénée.

On ne permettra à la malade aucun mouvement des membres inférieurs, et pour arriver à ce résultat, maintenir les jambes attachées et pliées afin d'éviter les distensions du périnée.

CONCLUSIONS

1° Les déchirures du périnée *post partum* sont très fréquentes. On pourrait même les dire constantes, si on voulait désigner sous cette dénomination, toutes les déchirures portant sur une quelconque des parties constituant le périnée, tel, par exemple, le ligament triangulaire.

2° Leur fréquence est surtout remarquable à la campagne où les soins sont le plus souvent donnés par des personnes inexpérimentées.

3° Les déchirures partielles sont *toujours* spontanément réparables.

4° Les déchirures complètes sont *presque toujours* spontanément réparables. Elles le sont avec d'autant plus de facilité que les précautions d'asepsie ont été plus minutieusement prises et l'isolement de la plaie plus soigneusement observé.

Vu : le Président de la thèse,

TILLAUX

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

TABLE DES MATIÈRES

Pages

AVANT-PROPOS 7

CHAP. I. — Anatomie du périnée chez la femme. . . 11

CHAP. II. — Variété des déchirures. Leurs causes . . 15

CHAP. III. — Observations complètes avec réparation spontanée 19

CHAP. IV. — Causes des réparations spontanées dans nos observations. 35

CHAP. V. — Conduite à tenir en présence d'une déchirure du périnée 41

CONCLUSIONS 54

Imp. de la Faculté de Médecine, H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris.